FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 30 octobre 1902, à 1 heure

PAR

Jules-Pierre-Théodore LABORDE

LE CANCER DE LA LANGUE

ET

Son Traitement curateur

Président : M. GUYON, *Professeur.*

Juges : MM. LE DENTU, *Professeur.* HARTMANN, *Agrégé.* FAURE, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS
(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1902


LIBRAIRIE
JACQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 30 octobre 1902, à 1 heure

PAR

Jules-Pierre-Théodore LABORDE

LE CANCER DE LA LANGUE

ET

Son Traitement curateur

Président : M. GUYON, *Professeur.*

Juges : MM. LE DENTU, *Professeur.* HARTMANN, *Agrégé.* FAURE, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS
(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1902

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.)
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOSSET.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX
BROCA Auguste.	GUIART.	MARION.	THOINOT.
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	RENON.	WALTHER
DEMELIN.	LAUNOIS.	REMY.	WIDAL.
DESGREZ.		RICHAUD.	WURTZ
DUPRE.			

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Professeur à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la légion d'honneur

Louis regrettait, à propos du cancer de la langue, que la supériorité des connaissances en anatomie pathologique de Morgagni, ne s'étendît pas aux moyens curatifs. (Louis, 1774.)

« Si j'avais un cancer de la langue, je n'aurais pas une grande confiance dans l'ablation et peut-être emploierai-je un autre traitement. » C'est ainsi que s'exprimait récemment à la Société de chirurgie un de nos maîtres les plus autorisés. La question du cancer de la langue et de son traitement chirurgical que Verneuil en 1880 soutenait au sein de la même Société avec tant d'éclat est donc, de nouveau, mise au rang de l'actualité.

Nous avons, dans ce travail, l'intention de rechercher si pareille incertitude est permise au praticien ; si le cancer de la langue déroge à la thérapeutique générale des cancers et ne doit pas être enlevé ! Or, si toute thérapeutique médicale doit être physiologique ; la thérapeutique chirurgicale, elle, doit être anatomo-patho-

logique et étiologique. Aussi ferons-nous une étude rapide de ces deux points pour avoir dans l'exposé du traitement quelques bases solides.

Mais avant d'entreprendre un travail dont nous apprécions vivement l'importance et la difficulté, nous nous permettrons d'adresser nos remercîments aux maîtres qui nous ont honoré de leur sympathie : MM. Hallopeau, Reynier, Le Noir, le regretté M. Ferrand ;

M. Lermoyez qui, par des observations sagaces et multipliées dans son magnifique service de Saint-Antoine, pose les fondements d'une oto-rhino-laryngologie vraiment française ;

M. Souques, dont la science est si sûre, dont la bonté est si paternelle et si attirante ;

M. Morestin, à la conception chirurgicale si lucide et si hardie et à l'exécution si patiente. C'est avec cette hardiesse et cette habileté admirables dont nous avons été si souvent témoin qu'il s'attaque depuis plusieurs années au traitement du cancer de la langue que d'autres trouvent si ingrat et si désespéré. C'est près de lui que nous avons pris l'inspiration de notre sujet ;

M. Guyon, pour lequel on a épuisé les éloges et qui, après nous avoir accepté comme élève, daigne consacrer sa bienveillance pour nous par l'honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie et pathogénie.

Le cancer de la langue a été observé dès l'origine de la médecine ; néanmoins, au point de vue étiologique, on ne connaît encore de lui, d'une manière positive, que des circonstances accessoires.

Sa fréquence qui est grande et le range après le cancer de l'utérus, de la mamelle, de l'estomac, qui, eux, sont les plus fréquents de tous.

L'âge où il apparaît et qui est de 50 à 60 ans en moyenne. A titre d'exceptions, citons les cas où Weber a vu un centenaire mourir d'un cancer à la langue, où Billroth l'a observé sur un sujet de 18 ans et Variot sur un enfant de 15 ans.

Le sexe. Il frappe surtout les hommes, plus rarement les femmes. La proportion serait de 5/6 suivant Duplay ; Barker donne 46 femmes sur 293 cas.

Le tempérament. Il affecte plus souvent les arthritiques ainsi que le pensait Verneuil et comme l'a démontré un de ses élèves, Isch-Wall.

L'hérédité. Il en est des exemples frappants, sans que l'accord soit fait sur son rôle.

Sachs, dans sa statistique, cite 4 cas incontestables sur 52 opérés, et il ajoute, avec beaucoup de sens, que les familles sont rares qui tiennent un compte exact de la cause de mort de leurs différents membres.

L'influence des émotions dépressives. Le cancer est fait de mélancolie, disait Amb. Paré.

Dans ces derniers temps, on a étudié l'influence des *cours d'eau*, du *voisinage des forêts* dans la propagation du cancer. Wanden Corput, Haviland, Fiessinger, Noël, dans une thèse des plus intéressantes, ont fait remarquer l'analogie qui existe entre le cancer de l'homme et le cancer des végétaux (hernie des choux, cancer des arbres) et l'action possible des uns sur les autres par l'intermédiaire des cours d'eau, des gardes forestiers, des douaniers.

§. — A côté de ces causes générales, il en est de plus spéciales qui sont les *causes occasionnelles* : irritations, pertes de substances qui créent à la fois un lieu de moindre résistance et une porte d'entrée aux agents extérieurs.

Bouisson, Cortyl, ont fait jouer un grand rôle *au tabac* et *aux pipes à tuyau court.*

Les *ulcérations linguales* dues aux chicots, au tartre dentaire et même à la tuberculose, si l'on en croit une observation de M. Jesset, servent de point d'implantation au cancer.

MM. Verneuil et son élève Ozenne ont attiré l'attention d'une manière toute spéciale sur *l'association du cancer*

et de la syphilis linguale tertiaire. Pour ces auteurs, l'épithélioma envahit des ulcérations syphilitiques ordinairement bénignes, et il y revêt des aspects objectifs, bâtards, assez difficiles à reconnaître. Cette hybridité n'a été admise pendant longtemps qu'avec réserve. Depuis quelque temps, les observations confirmatives se sont multipliées. C'est ainsi que V. Hellé, à la Société de dermatologie de Berlin (4 mai 1897), a signalé deux sujets chez qui un épithélioma de la langue a succédé à des lésions syphilitiques.

De même, à la Société de dermatologie de Paris (9 février 1899), M. Fournier présenta un malade atteint de glossite syphili-épithéliomateuse. Les injections de calomel firent diminuer rapidement le volume de la langue qui était énorme. Mais le malade mourut et l'examen microscopique pratiqué par M. Gastou permit de constater qu'il y avait un semis gommeux à la périphérie et des lésions épithéliomateuses au centre.

Dans la statistique de V. Eicke (*Th.*, Breslau, 1901), nous trouvons les causes occasionnelles ainsi réparties :

Carie dentaire......	17 fois
Tabac..............	11 —
Traumatismes......	4 —
Syphilis	2 —
Psoriasis lingual....	3 —

§. — Nous n'avons en somme jusqu'à présent que des constatations grossières dont l'importance disparaît devant la véritable cause du cancer, *la cause détermi-*

nante. Ici, les horizons s'étendent et c'est la nature du cancer lui-même qu'il nous faut exposer. Mais disons-le d'avance :

La solution de cette question qui tient sous sa dépendance une thérapeutique sûre et efficace est encore entourée d'incertitude.

Le problème pathologique est, lui, précis ! Au seuil de la vieillesse, au moment où tous les tissus entrent en régression, l'on voit dans un point du corps, à la langue, se produire une prolifération localisée et intensive qui s'ulcère, s'étend, envahit le système lymphatique, et cause la mort par hémorrhagie, infection, cachexie.

Cette sorte d'antithèse a de tout temps passionné les esprits et soulevé de nombreuses hypothèses. Aujourd'hui le terrain semble se déblayer et les théories pathogéniques se réduire à deux classes principales.

Dans la première, le cancer a sa cause en dehors de lui ; la cellule cancéreuse reçoit son excitation à proliférer du dehors.

Dans la seconde, se rangent les théories qui font de la cellule cancéreuse un commencement et une fin ; elle est le cancer qui s'installe en parasite dans les tissus normaux.

§. — Le *premier groupe* de théories, qui ne voit dans le cancer qu'une résultante de causes extérieures, ainsi que la tuberculose et l'actinomycose, vient se ranger naturellement dans le cadre où, petit à petit, depuis les travaux mémorables de Pasteur, entrent les diverses affections. On a incriminé tour à tour comme agents du

cancer, un bacille, des sporozoaires, des blastomycètes.

Scheurlen découvre *un bacille* du cancer dont plusieurs auteurs se disputent aussitôt la priorité ; mais Baumgarten montre que ce n'est qu'un vulgaire saprophyte polymorphe.

Parmi les *sporozoaires* ce sont les coccidies qui ont été accusées. Elles sont constituées par une masse de protoplasma munie d'un noyau. Après avoir pénétré dans l'organisme soit par la voie digestive, soit par la voie respiratoire, elles acquièrent des mouvements amiboïdes et s'infiltrent dans les espaces intercellulaires. — Il est bien prouvé que les coccidies sont capables de produire dans le foie du lapin une prolifération épithéliale.

Certains auteurs ont soutenu, pendant quelque temps, que les coccidies étaient l'agent pathogène du cancer. Malassez, Darier, Albarran, Gubler, Metschnikoff, Foa, Bosc, etc., auraient vu dans les cellules cancéreuses des corpuscules arrondis pourvus d'une capsule et d'un protoplasma très granuleux avec ou sans noyaux. Mais des premiers auteurs qui avaient affirmé que les coccidies étaient la cause des néoplasmes, certains ont rejeté cette hypothèse ; de plus Klebs, Pilliet, Fabre-Domergue ont démontré que les prétendues coccidies n'étaient que de simples produits de dégénérescence cellulaire, de fragmentation irrégulière des noyaux et des nucléoles.

Les blastomycètes se partagent maintenant la faveur des bactériologistes. Cl. Bernard, le premier, en injectant aux lapins des levures de bière, détermina chez ces

animaux, au bout d'un mois, la mort par cachexie. Popoff, Neumayer eurent des résultats semblables.

Mais ce fut Kaüm qui remarqua chez les animaux injectés la production de néoplasmes. Après lui, Busse retira une culture virulente d'un sarcome ramolli ; Curtis, d'une tumeur myxomateuse ; Plimmer, d'un cancer du sein, chez une femme de 35 ans.

Maffucci, Luigi Surleo, Rosvel Park ont obtenu des résultats semblables. Le professeur Léopold (*Arch. f. Gyn.*, 1900) trouve dans un cancer de l'ovaire des blastomycètes et l'ensemencement du tissu cancéreux a permis d'en obtenir une culture pure. Cette culture injectée dans le tissu d'un rat a provoqué la formation d'un grand nombre de nodules péritonéaux qui ont amené la mort de l'animal. Les nodules frais contenaient un grand nombre de blastomycètes. M. Wlaëff a déterminé chez les animaux les plus divers la formation de tumeurs que les examens histologiques ont montré être des adénomes.

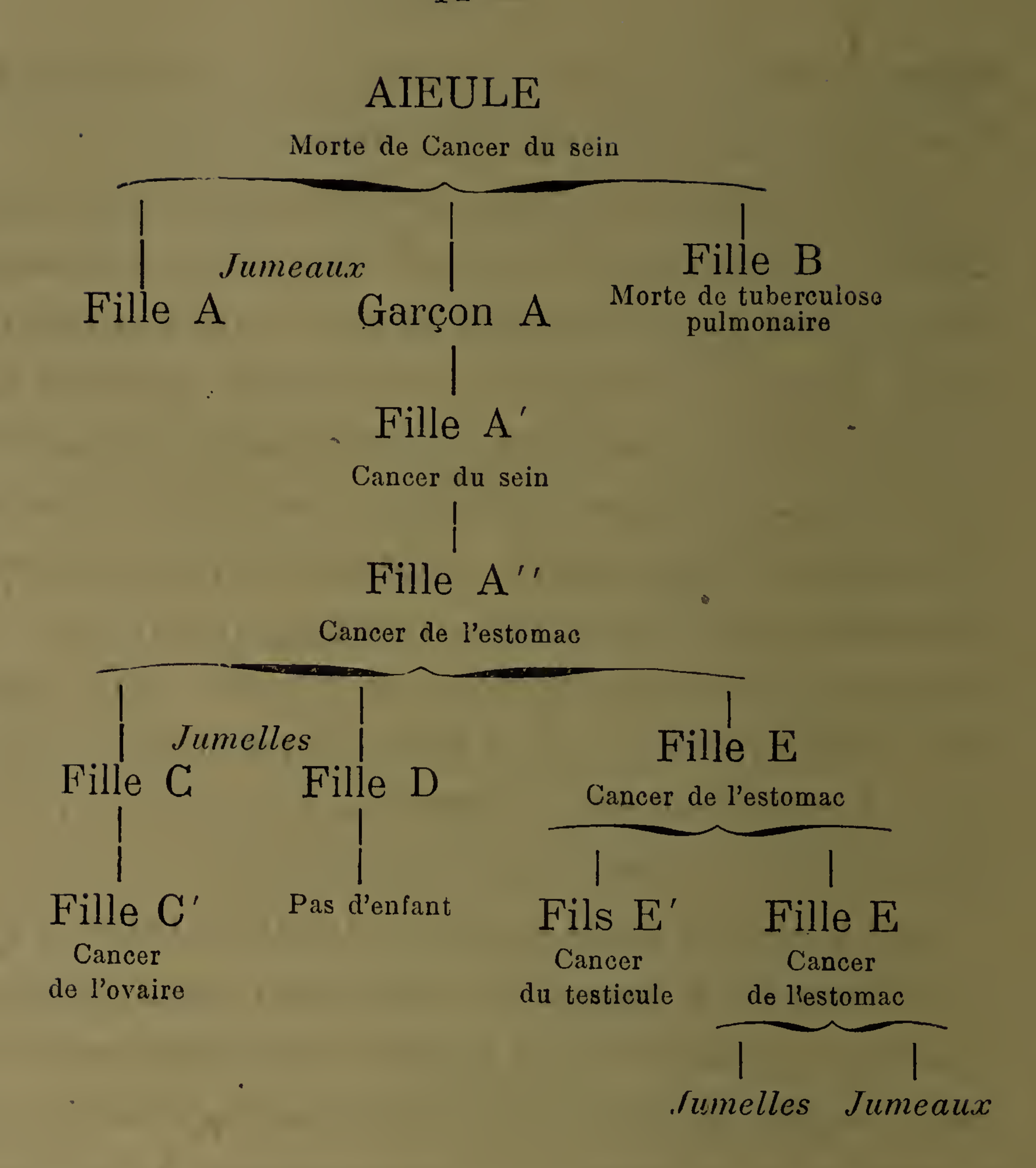
Comme on le voit, les faits sont nombreux et importants qui plaident en faveur d'une origine extérieure du cancer. On objecte à cette théorie que dans le cancer on ne trouve ni les signes d'une inflammation, ni d'une dégénérescence, résultat ordinaire de l'infection ; mais seulement des cellules proliférant abondamment et qui gardent, argument puissant, leur morphologie primitive quel que soit l'organe où elles sont transplantées.

§. — C'est par suite de ces considérations, que, dans le *deuxième groupe* de théories explicatives, l'on fait dériver la cause du cancer de l'organisme cancéreux lui-

même : telle est la *théorie embryologique* de Cohnheim et la *théorie parthogénique* de Math. Duval.

Pour Cohnheim, au début du développement embryologique, il se produit, dans une des parties de l'ébauche fœtale, plus de cellules qu'il ne faut pour la constitution de la partie en question. Les cellules en excès sommeillent jusqu'au moment, où, par suite d'une irritation quelconque, elles se développent avec toute l'intensité de leur nature embryonnaire. — Ce que l'on sait des kystes dermoïdes plaide en faveur de cette hypothèse ; il en est de même des expériences de Léopold qui, plaçant des tissus excisés pendant la vie intra-utérine dans le corps d'un animal adulte similaire, les voit vivre et se multiplier avec une activité surprenante.

Dans la théorie parthogénique de Math. Duval, l'excès de cellules de la théorie de Cohnheim proviendrait de l'inclusion dans un ovule fécondé d'un autre ovule qui, lui, n'aurait pas reçu l'imprégnation de la cellule mâle et néanmoins subirait un commencement de segmentation. — Les recherches de Math. Duval, de Hensen, de Morel établissent la possibilité de la segmentation d'un ovule non fécondé. Par ailleurs, nous donnons un tableau dû au docteur Critzman, où l'hérédité du cancer et le fœtus *in fœto*, ovule fécondé, en opposition avec celui de M. Duval, apparaît d'une manière expressive, le cancer se substituant à la gémellité.



§. — Nous avons rapporté longuement les pièces du procès étiologique, convaincu que la thérapeutique du cancer a tout à gagner à sa conclusion. Il n'y aura, presque sûrement, de thérapeutique indiscutable que lorsque ce point étiologique sera réglé.

Mais néanmoins nous ne pouvons manquer de faire une constatation : Que la cellule cancéreuse soit tout essentiellement et par origine, comme le veut la théorie embryologique de Cohnheim et parthogénique de Math. Duval ; qu'elle reçoive sa mise en activité d'un agent extérieur, comme le veut la théorie infectieuse et parasitaire ; nous

lui voyons prendre, dans tous les cas, une marche extensive, par une progression lente et inexorable, comme un agent infectieux. Le cancer marche à petits pas comme marche avec une rapidité surprenante le phlegmon gangréneux diffus qui, lui, est provoqué par le vibrion septique. L'anatomie pathologique va nous le démontrer : mais déduisons du fait précédent la conséquence à laquelle nous avons droit. Dans le traitement du cancer on ne doit pas oublier que la *cellule cancéreuse doit être traitée comme une graine infectieuse.* Elle se comporte d'ailleurs comme telle et elle est contagieuse:

1° Sur le même individu ;

2° D'individu à individu ;

3° De l'homme aux animaux et inversement.

La greffe cancéreuse a été mise en évidence par Virchow. Klebs en faisant l'autopsie d'un épithélioma pavimenteux de la muqueuse buccale trouva au niveau de l'estomac un épithélioma pavimenteux absolument identique à celui de la bouche. Dans les périodes avancées de l'évolution cancéreuse il est fréquent d'observer des métastases reproduisant toujours la morphologie type du néoplasme primitif.

De Richter, Dive, Franchomme citent des inoculations qui se sont produites par l'intermédiaire d'un fragment de tumeur cancéreuse, de la pipe d'un homme mort d'un cancer des fumeurs. Morau cite le cas d'un pharmacien qui contracta un épithélioma du nez après avoir pansé pendant longtemps sa belle-mère qui avait un épithélioma de la face.

Guermonprez voit une ulcération cancéreuse se développer sur la main d'un médecin qui, atteint d'une pustule d'acné, avait pansé une femme atteinte de cancer utérin. Lui-même eut, pendant 17 mois, un papillome sous l'ongle d'un doigt de la main, à la suite d'une blessure qu'il s'était faite en opérant un épithélioma. Guelliot (de Reims), au Congrès de chirurgie de Lyon (1894), rapporte qu'il y a une centaine d'observations de cancer à deux : 85 fois il s'agit de cancers conjugaux ; 8 fois le cancer est apparu chez des médecins soignant spécialement des cancéreux.

Il est donc bien difficile de s'en tenir à la réserve de Cohnheim qui demandait qu'on lui montre un cas de contagion indiscutable.

Mais ce qui est plus décisif encore pour démontrer l'existence de cette graine infectieuse du cancer, ce sont les expériences de laboratoire dans leurs inoculations aux animaux. Dans une note envoyée à l'Académie des sciences en 1893 et présentée par M. Verneuil, Henri Moreau expose des expériences remarquables de persévérance et de précision. Il a eu en sa possession une souris blanche portant dans l'aisselle droite un épithélioma cylindrique type. Il a pu le transmettre à 17 générations de souris et d'observations aussi nombreuses dégager les conclusions suivantes :

1° L'épithélioma cylindrique de la souris blanche est transmissible à des animaux de la même espèce par inoculation et par ingestion ;

2° L'hérédité est prouvée ; elle joue un rôle considé-

rable dans le développement et dans l'évolution des tumeurs ;

3° Le traumatisme favorise la généralisation; il en est de même de la gestation et de l'accouchement.

Les travaux de Mayet sont tout aussi remarquables. Au Congrès de Lyon, dont nous avons déjà parlé, il disait : « J'ai inoculé, soit par greffe, soit par suc cancéreux, un grand nombre de rats blancs. J'ai réussi seulement dans quelques cas. M. Renaut a reconnu à une des lésions cancéreuses que j'ai déterminées, tous les caractères de l'épithélioma. » Dans un rapport du 29 décembre 1901, à l'Académie des sciences, le même auteur constate que la transmission du cancer de l'homme aux animaux exigeait pour se faire un temps considérable (18 mois). Ce fait suffit à expliquer pourquoi de nombreux expérimentateurs n'ont pas accusé plus souvent des résultats positifs. Il est enfin des cas où le hasard réalise lui-même les expériences. Dans la *Gazette médicale de Nantes* 1890, Rappin rapporte qu'une poule et une chienne, exposées à être en contact avec des substances et des liquides cancéreux, furent atteintes : la poule d'une tumeur du bec dont l'examen microscopique démontra la nature épithéliomateuse ; la chienne, d'une tumeur de la mamelle avec engorgement ganglionnaire et qui, enlevée une première fois, récidiva sur place.

Le *Medical record* avait déjà publié en 1887 le fait suivent : Un homme ayant vécu longtemps dans les Indes consulta le docteur Buld pour un cancer inopérable de la lèvre inférieure ; obligé de garder le lit, son petit chien favori, un terrier, vint fréquemment lécher la lèvre de

son maître. Le petit chien mourut avant son maître d'un cancer de la langue.

L'on peut également citer des faits de contagion s'étant produits des animaux à l'homme. Kuhn et Gross ont rapporté deux cas dans lesquels des bœufs ont contagionné des hommes. Suivant Hall et Meisner (*Revue scientifique*, 12 janvier 1895), un cheval atteint de sarcome aurait donné sa maladie au palefrenier chargé de le soigner.

§. — Faisons ici une remarque qui ne peut être qu'opportune. Il est fréquent, après l'acte opératoire, d'assister à une diffusion du cancer dans la plaie et à la détermination de nombreuses métastases qui ne manquent pas de tuer rapidement les malades. Si nous procédons par analogie, nous pouvons considérer ces faits comme étant le résultat d'une inoculation produite par l'ouverture des vaisseaux lymphatiques et sanguins ; par la section de la tumeur dont le suc se répand dans une large plaie à vaisseaux ouverts et où la prolifération réparatrice et normale ne manquera pas de seconder la prolifération cancéreuse aberrante. D'après ce que nous avons dit, cette considération est à peine une vue de l'esprit, appuyée qu'elle est sur des constatations qui, elles, sont indiscutables. Elle justifierait chez le chirurgien la précaution d'irriguer par un grand courant d'eau chaude la plaie qu'il vient de produire, de manière à entraîner mécaniquement l'élément de cancer qu'il peut y avoir répandu. Une pareille préoccupation bien que prudente est trop rare, croyons-nous !

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Nous pouvons, au point de vue qui nous intéresse, diviser, avec Wheeler, la langue en deux parties : l'une *postérieure*, qui s'étend jusqu'au trou borgne et qui est composée d'éléments ayant entre eux une facile communication ; l'autre *antérieure* qui va du trou borgne à la pointe et qui est une formation double ; les deux moitiés présentant une indépendance plus encore pathologique qu'anatomique.

Le cancer intéresse la langue d'une manière primitive le plus souvent ; parfois aussi d'une manière secondaire par propagation d'un cancer de la lèvre, de la joue, de la gencive, du plancher de la bouche, de l'amygdale. C'est sur le bord gauche de la langue, à la partie moyenne de la portion antérieure, que son siège est le plus fréquent.

La localisation est de plus *unilatérale*.

« Il est sans exemple, dit Th. Anger, que le cancer se soit développé à la fois et indépendamment dans les

deux moitiés de la langue. » Lorsque la partie postérieure de la langue est intéressée, c'est dans le sillon amygdalo-glosse, que se développe la néoplasie cancéreuse.

Ces diverses particularités de localisation ressortent nettement de la statistique de Sachs portant sur 66 cas qui se sont présentés à l'examen cinq à six mois après le début, c'est-à-dire, à une époque où l'on est appelé ordinairement à observer soi-même le cancer de la langue. La langue était seule atteinte chez 25 malades, (37,8 0/0). Chez les 41 autres les parties voisines étaient intéressées (62,1 0/0). Pour les premiers, la langue était envahie dans la totalité, seulement chez 2 malades ; dans plus de la moitié chez 3 ; dans la moitié chez 17 ; dans moins de la moitié chez 13. Le bord gauche était atteint 29 fois ; le bord droit 14 fois. La face supérieure du côté gauche 2 fois. Le début ne s'est fait à la pointe que 3 fois ; 5 fois, le mal était à cheval sur la ligne médiane, intéressant les 2 côtés.

§.—Le *début* du cancer de la langue, qu'il est assez rare d'observer parce qu'il est insidieux, se manifeste par des douleurs, de la gêne dans les mouvements de la langue, un nodule, une vésicule, un point induré, une crevasse. On le voit s'installer sur le sillon ulcéré d'un traumatisme dentaire, sur une ulcération tuberculeuse ou syphilitique. Il succède souvent à des plaques blanches que l'on a désignées sous le nom de plaques des fumeurs, de psoriasis buccal, de leucoplasie buccale.

Cette observation avait été faite, il y a longtemps, par Bazin, Hardy, Lallier, Verneuil, et les recherches ré-

centes ne font que confirmer la fréquence de ce mode de début. Vidal et Leloir (de Lille) ont montré que la leucoplasie est surtout caractérisée par la dégénérescence cornée de l'épithélium survenant après une phase d'hyperkératose. Au-dessous le derme se sclérose ; les vaisseaux s'atrophient : une petite ulcération, une fissure ne tarde pas à se montrer.

Là commence le danger ! Des bords de la fissure se détachent des cellules qui déjà ont fait preuve de prolifération intensive ; elles pénètrent dans le derme fissuré et au-dessous de lui ; peu à peu elles s'infiltrent au loin. Les caractères de l'épithélioma n'arrivent que progressivement et tel est le cas du malade de M. Julien présenté à la Société de dermatologie en 1896. Depuis trois ans, il présentait sur le dos de la langue, à gauche de la ligne médiane, une épaisse plaque blanche, d'apparence porcelainique longue, de 4 centimètres, large de 1 centimètre 1/2. Le traitement spécifique et les cautérisations locales avaient été employés sans succès.

L'analyse histologique, après une large excision, montra des lésions d'hyperkératose, la présence d'éléments ovoïdes ou piriformes à membranes réfringentes, éléments de cancer, menace de transformation épithéliomateuse.

Le cancer suivant son mode d'*extension* se présente sous deux formes : l'une superficielle, l'autre pénétrante.
La forme superficielle est déterminée par la prolifération des cellules épithéliales qui tapissent l'extrémité des papilles du derme lingual ; il en résulte d'abord un véritable papillome. Les papilles, en effet, considérées à

la loupe, sont volumineuses, à extrémité effilée ou renflées en massue, séparées par des sillons profonds. Lorsque les cellules épithéliales qui recouvrent les papilles deviennent déformées, atypiques et envahissantes, le papillome s'est changé histologiquement en épithélioma. Son aspect est alors celui d'une plaque indurée, fissurée, légèrement saillante, s'étendant en surface.

L'épithélioma pénétrant ou interstitiel naît profondément au niveau des sillons interpapillaires et s'infiltre tout de suite dans la profondeur. Ne déterminant tout d'abord aucune modification à la surface de la langue, il n'est décelé que par une palpation attentive qui permet de percevoir sous la muqueuse un noyau induré à limites indécises.

Ce n'est qu'au début du développement du cancer lingual que ces différences existent ; plus tard elles disparaissent. En effet, la forme superficielle et la forme interstitielle ou pénétrante appartiennent toutes deux à la même variété histologique : ce sont des *épithéliomas pavimenteux !*

On y distingue deux parties : un stroma et des cellules contenues dans le stroma. *Le stroma* est composé de tissu conjonctif avec des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il entoure le néoplasme et envoie des prolongements dans son intérieur.

Les cellules sont cylindriques, dentelées, granuleuses et cornées, reproduisant de la surface au centre le corps de Malpighi. Elles se développent activement à la périphérie ; dégénèrent et se ramollissent au centre où leur nutrition par imbibition est plus défectueuse. L'*ulcération* se montre également dans les deux variétés.

Th. Anger fait remarquer qu'il n'a pu trouver une seule observation de cancer de la langue où le mal abandonné à lui-même n'ait fini par présenter cette particularité. Dès lors, aucun caractère soit microscopique soit macroscopique ne distingue les épithéliomas de la langue entre eux. *Dans l'épithélioma superficiel*, les petites croûtes qui s'étaient formées au début, après être tombées et s'être reproduites plusieurs fois, finissent par laisser le cancer à nu sous la forme d'une saillie papillomateuse, rouge, framboisée, qui à son tour, disparaît et se creuse.

L'épithélioma interstitiel s'ulcère plus tardivement. D'ordinaire, la langue est infiltrée dans toute son épaisseur avant que l'ulcération n'apparaisse sous les deux mêmes aspects : tantôt bourgeonnante et fongueuse ; tantôt térébrante, répondant alors à la description si saisissante que Guy de Chauliac en faisait au Moyen-âge : « Ulcus cancerosum, visu horridum, fœtidum, labra, habens dura, crassa, humida, atque inversa. »

§. — A la période de *complet développement*, le cancer de la langue est dur, élastique, d'apparence fibreuse parfois si prononcée que certains auteurs ont pu décrire des squirrhes de la langue. La coupe en est blanchâtre et translucide ; à la loupe on voit que de la périphérie partent des prolongements cylindriques renflés par place. La pression de la masse entre deux doigts fait sortir des cylindres analogues à du vermicelle. Mais ce qui donne à la néoplasie le caractère qui pour nous est important à étudier, c'est sa *prolifération extensive*. Les cellules cancéreuses envahissent les tissus et se subs-

tituent à eux, les faisant disparaître soit par compression soit par dégénérescence granulo-graisseuse. Elles s'étendent en traînées entre les fibres musculaires, le long des vaisseaux sanguins qu'elles rendent friables ; elles envahissent les nerfs en provoquant de violentes douleurs. Dans leur progression, les cellules cancéreuses ne perdent pas le contact avec la masse principale ; mais il y a toujours plus de tissus envahis que le simple examen ne l'indique. Le microscope montre, suivant Tédenat, des éléments cancéreux jusqu'à 2 centimètres des limites apparentes du mal. C'est là une notion dont il est à peine besoin de souligner l'importance.

§. — Ainsi livré à lui-même, le cancer de la partie antérieure de la langue se propage dans sa période avancée, c'est-à-dire du neuvième au douzième mois, au plancher de la bouche, au maxillaire inférieur, à la glande sous-maxillaire ; celui de la partie postérieure envahit les piliers du voile, l'amygdale, le pharynx, l'épiglotte.

§. — Un autre mode d'envahissement devenu la préoccupation des chirurgiens est l'*envahissement par la voie lymphatique*. De très bonne heure dans le cancer de la langue les ganglions sont envahis ; et cela de *deux manières*. La cellule cancéreuse ayant pénétré dans le lymphatique s'implante dans toute la longueur des parois de ce vaisseau jusqu'au ganglion. Les infiltrations cancéreuses des lymphatiques étudiées en particulier par Troisier et Debove sont exceptionnelles ; et heureusement, pour la chirurgie du cancer à qui il est impossible d'atteindre tous les trajets des lymphatiques, que le second mode de propagation est le plus ordinaire. La cellule cancé-

reuse entraînée par le courant lymphatique arrive au ganglion et y colonise sans avoir lésé le vaisseau dans son parcours. Comme l'a remarqué Terrillon, le ganglion peut être intéressé depuis longtemps par le cancer sans que l'examen clinique le plus minutieux puisse le déceler.

Il est donc indispensable de connaître, par une étude anatomique préliminaire, le siège des ganglions dont les lymphatiques de la langue sont tributaires ; soit pour les enlever, soit pour les explorer. Nous résumerons ici les magnifiques travaux de Mascagni et de Sappey, la communication importante de Küttner de Tubingue au XXVI[e] Congrès de la Société allemande de chirurgie et surtout les recherches plus récentes de M. Poirier qui confirment et complètent celles des auteurs précédents.

§. — Les lymphatiques de la langue ont leur origine dans la muqueuse et aussi dans les muscles. Ils forment un réseau superficiel et un réseau profond dont les troncs collecteurs s'unissent après un court trajet. Ces troncs sont au nombre de 20 à 25 et M. Poirier suivant leur origine les distingue en groupes : *antérieur* ou apical, *latéral* ou marginal, *postérieur* ou basal, *médian* ou central. Le tronc apical traverse le mylo-hyoïdien ; les autres troncs passent au-dessous de ce muscle, à la fois au-dessus et au-dessous de l'hyo-glosse ; les plus postérieurs au-dessous des muscles styliens après avoir traversé les constricteurs du pharynx.

Ces troncs se terminent dans les ganglions *sus-hyoïdiens* médians, *sous-maxillaires* et *carotidiens*. L'importance de ces groupes ganglionnaires n'est pas la même.

Les ganglions sus-hyoïdiens médians ne reçoivent que les lymphatiques de l'extrême pointe de la langue. Le plus antérieur des ganglions sous-maxillaires reçoit seul 3 ou 4 troncs provenant des bords latéraux de la langue. Les ganglions de la chaîne jugulaire compris entre le ventre postérieur du digastrique et l'omo-hyoïdien reçoivent la plupart des lymphatiques venus de la langue. Parmi les derniers ganglions, le plus élevé est le rendez-vous principal.

M. Poirier fait remarquer que les lymphatiques muqueux du corps de la langue sont en communication intime et peuvent être injectés par une seule piqûre ; que de plus, au niveau de la base de la langue, un ou plusieurs troncs peuvent se bifurquer et donner naissance à des troncs secondaires qui vont simultanément aux ganglions de droite et de gauche.

Ces faits sont du plus haut intérêt et *peuvent faire craindre une invasion simultanée* de tous les lymphatiques par le cancer. Lorsque le cancroïde intéresse toute la langue dans un stade avancé de son évolution ou qu'au début, il siège sur la ligne médiane ou à la partie postérieure de l'organe, il n'est pas douteux que l'infection ganglionnaire bilatérale se produise. Mais ces cas sont l'exception car le chirurgien est appelé à examiner le malade avant l'envahissement total; et d'autre part, les localisations à la base ou sur la ligne médiane sont rares.

De plus, le cancer se comporte envers les lymphatiques autrement que le liquide de l'injection.

Il ne les envahit pas d'une manière instantanée bien

que rapide. La colonisation cancéreuse ganglionnaire ne se produit habituellement qu'après l'ulcération et elle reste unilatérale comme il ressort des observations de Th. Anger, de la statistique de Sachs, où sur 36 cas d'infiltration des ganglions, 26 fois elle était unilatérale. M. Walther exprimait excellement cette opinion en avril 1902 à la Société de chirurgie ; « L'injection pénètre dans les deux côtés du cou ; je ne sais s'il en est de même de l'infection épithéliomateuse ; ce qu'il y a de certain, c'est que je n'ai jamais vu d'épithélioma unilatéral de la langue récidiver par une adénopathie du côté opposé. C'est toujours du côté de la lésion que j'ai vu se faire la récidive. Je voudrais demander dans quel état on a trouvé les ganglions du côté opposé dans les ablations bilatérales des ganglions pour épithélioma limité à un bord de la langue. » Les recherches histologiques de MM. Soupault et Labbé présentées en 1899, à la Société médicale des hôpitaux, peuvent en quelque manière servir à la réponse. « Ce n'est que dans la moitié des cas environ, que nous avons trouvé à l'autopsie ou au cours d'opérations les ganglions correspondant à un territoire cancéreux ramolli, envahis par le néoplasme. Dans les autres cas l'hypertrophie tient à l'infection secondaire par les microbes banals puisés au niveau de la tumeur ulcérée. » Répétons ici, vu son importance, ce que nous avons déjà dit : les ganglions sont souvent envahis par le cancer alors que l'exploration clinique les ferait considérer comme sains. Il faut toujours les enlever, seul l'examen microscopique donnant la certitude.

Ajoutons, pour terminer, un autre enseignement de

l'anatomie pathologique, bien consolant pour entreprendre la thérapeutique du cancer de la langue. Le néoplasme de cet organe ne se généralise que très rarement. Th. Anger disait en 1872 : « Sur les 220 observations que j'ai recueillies et analysées, il n'en existe pas une seule où la généralisation soit signalée comme ayant dépassé les ganglions du cou. » Depuis, on a rapporté à la Société anatomique à peine quelques cas. En 1897, M. Weil trouve à la base du ventricule droit, chez un sujet mort cachectique d'un cancer de la langue, un noyau métastatique gros comme une noisette ayant la structure de l'épithélioma lobulé corné. La même année M. Jeanne signale une généralisation au poumon, à la plèvre, au péricarde.

Le 6 juin dernier, MM. Maubert et Pagniez montrent une généralisation aux deux poumons survenue chez une femme de 23 ans.

CHAPITRE III

Traitement du cancer de la langue.

Grâce à cette vue étiologique et anatomo-pathologique rapide, nous pouvons maintenant résumer les conditions dans lesquelles la thérapeutique intervient.

Le cancer de la langue se montre comme une tumeur envahissante, rayonnante, dont les prolongements font corps avec la masse et qui, par la voie des lymphatiques, va coloniser dans les ganglions. Il faut de toute nécessité atteindre tous ces points sinon c'est la récidive à bref délai.

Pour la discussion du traitement, nous supposons un cas moyen où le néoplasme est limité à la langue avec ou sans ganglions, et non pas ces cas où le cancer très étendu a envahi les parties voisines et compromis l'état général du malade. Pour ces derniers, l'heure d'une thérapeutique efficace est passée.

Dans toute question de thérapeutique, science expérimentale, les idées doctrinales ne peuvent manquer de jouer un grand rôle; il en est donc ainsi de la théra-

peutique du cancer en général et de celui de la langue en particulier. Etablir que l'épithélioma de la langue est une maladie *infectieuse et parasitaire* ou qu'il résulte d'une *évolution simplement aberrante* des cellules serait pour le traitement du cancer, qui apparaît à beaucoup si désespéré, un appoint considérable. Mais ces connaissances étiologiques sont aujourd'hui encore insuffisantes et insuffisamment établies, aussi, disons-le par anticipation, les méthodes thérapeutiques fondées sur elles.

Au cancer considéré comme une *prolifération aberrante* peut être légitimement opposé tout ce qui peut arrêter la prolifération de l'élément épithélial en fixant la cellule.

Ce sont les injections de sublimé, de térébenthine, d'acide tannique, l'acide arsénieux, l'extrait de chelidonium majus, une solution osmio-chromo-acétique comme l'expérimente Critzman, des emplâtres à la résorcine comme Unna, la pyoktanine ou le violet de méthyle comme l'emploie Stilling. On connaît peu les résultats de ces méthodes.

Contre le cancer considéré comme *affection parasitaire* a été employé le sulfate de quinine par Jaboulay qui en a obtenu de bons effets ; de même Launois dans une relation faite à la Société de chirurgie en 1901. En avril 1902, Jaboulay a montré à la Société des sciences médicales de Lyon une malade qui portait un épithélioma de la nuque mesurant 10 centimètres sur 9 centimètres avec une saillie de 2 centimètres 1/2 et présentant en outre des nodosités et un bourrelet d'envahissement.

Il soumit cette malade à la médication quinique, donnant à l'intérieur deux cachets de 1 gramme à deux heures et à sept heures de l'après-midi ; de plus application locale de quinine. Actuellement, il y a une amélioration énorme. La surface extérieure est détergée ; on constate un liséré épidermique de cicatrisation de 2 centimètres de largeur. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma ectodermique à disposition tuberculeuse.

M. Renaut, à la Société médicale des hôpitaux (1900), cite le cas d'un malade chez qui un épithélioma de la langue diagnostiqué cliniquement et histologiquement, il y a deux ans, a vu son état s'améliorer au-delà de toute espérance par l'administration suivie de cacodylate de soude, sous forme pilulaire, un mois sur deux, avec une à cinq pilules par jour de 5 centigrammes chacune.

M. Tuffier a obtenu également de bons résultats, manifestes surtout au point de vue général, par l'emploi de cacodylate de soude en injections sous-cutanées.

M. Moty a relaté au Congrès de chirurgie de Lyon (octobre 1894) le cas d'un jeune officier à qui il avait réséqué la branche montante du maxillaire atteinte d'épithélioma kystique. Deux récidives se produisirent du coté de la muqueuse buccale. Il fit un curettage et des injections de naphtol camphré dans les tissus sous-jacents et administra pendant longtemps de l'arséniate de soude. L'opération datait du 5 juillet 1890, lorsque le malade fut présenté à la Société de chirurgie le 3 janvier 1894 en bon état de santé.

Les sérums nouveau-venus, mais qui tiennent si brillamment leurs places, ne pouvaient manquer d'être expérimentés. Tel est, en particulier, le sérum de M. Vlaëff basé sur la théorie parasitaire du cancer. M. Berger a constaté qu'il modifie heureusement l'état général, les résultats fonctionnels et l'état des lésions. Dans un cas de cancer de la langue, les hémorrhagies se sont arrêtées, la parole et la déglutition sont devenues possibles.

§. — Pour si intéressants que soient ces essais de traitement médical des cancers, nous voyons que les divers résultats rapportés ne sont ni assez nombreux ni assez décisifs, pour pouvoir être, dès aujourd'hui, érigés en règles de thérapeutique. Un jour viendra-t-il où la médecine guérira le cancer comme elle guérit la diphtérie, la rage et la syphilis ? Cet espoir n'est pas une chimère, c'est une ambition et un but !

Cependant le médecin ne doit pas oublier, en faveur de ses tâtonnements thérapeutiques, l'intérêt du malade qui est encore opérable.

Il n'y a aujourd'hui qu'un traitement capable de donner des résultats probants : c'est le *traitement chirurgical* dont les résultats sont d'autant meilleurs qu'il attaque la néoplasie au début. Ce que Verneuil disait en 1880 garde toute sa vérité : « Le cancer de la langue, cette redoutable affection est curable quand elle est peu étendue et limitée ; elle est curable par une opération facile et inoffensive. Plus tard et ce plus tard vient rapidement, tout traitement est impuissant. » Trélat disait de même dans une critique vive : « Neuf fois sur dix un malade qui consulte un médecin pour un cancer de la langue en

reçoit un mauvais conseil ». Ce mauvais conseil consiste dans l'administration du traitement anti-syphilitique.

On connaît l'influence irritante du mercure et de l'iodure sur la muqueuse buccale.

La folie évolutive des cellules néoplasiques en reçoit un coup de fouet et le mal qui marchait jusque-là à allures modérées fait, en peu de temps, des progrès si rapides que le moment propice du traitement chirurgical passe et que le malade devient cet incurable dont parlait Louis, objet d'horreur pour lui-même et pour les autres. Trélat, Th. Anger, Verneuil n'ont cessé de s'élever contre l'administration d'épreuve d'un traitement qui est obligé de parfaire un diagnostic et de reconnaître, suivant le mot de Verneuil, « les siens ». C'est par l'étude méticuleuse du malade et de la lésion, c'est par l'examen histologique d'un fragment de la tumeur, examen qui est toujours décisif, qu'on doit se guider et non pas en usant d'un traitement qui ne convainc le médecin qu'en tuant le malade. Nous ne voulons rapporter en la résumant, qu'une seule observation publiée par MM. Trekaki et Lenormand et qui appuie ces vues d'une manière saisissante.

Le 9 octobre 1891, M. X..., ancien syphilitique, ayant une santé générale excellente, présente sur le bord gauche de la langue une ulcération profonde de 2 centimètres. Le dos de la langue, une partie de la pointe et tout le côté droit de cet organe sont indemnes.

En raison des antécédents, 15 jours de traitement avec 4 grammes d'iodure de potassium et frictions mercurielles.

L'état général du malade s'aggrave et le 5 février il meurt subitement.

A l'autopsie, la langue n'est plus représentée que par un champignon de la longueur du pouce. On ne peut l'extirper car son tissu est friable et tombe en putrilage. Les ganglions sous-maxillaires présentent le volume d'une petite mandarine. Par l'incision, on en fait sourdre une matière puriforme, fétide, contenue dans une coque dure. La muqueuse qui recouvre toute la face interne du maxillaire inférieur est détruite. La branche montante du maxillaire inférieur de même que le maxillaire supérieur sont atteints mais à un faible degré. Il y a une ankylose des deux articulations temporo-maxillaires.

Remarquons qu'il a suffi de 4 mois après l'administration du traitement anti-syphilitique, pendant 15 jours, pour produire des lésions aussi étendues. Que conclure ?... sinon que le *traitement médical*, dans le cancer de la langue, est aléatoire, inefficace et parfois dangereux ; qu'il faut choisir résolument le *traitement chirurgical* alors qu'il en est temps encore.

§. — Dans leurs procédés, les anciens chirurgiens visaient à triompher de l'*hémorrhagie* et de l'*infection*. Aujourd'hui que la chirurgie est maîtresse de ces difficultés l'intérêt des procédés opératoires s'est déplacé et ce que l'on recherche c'est d'atteindre *tout le cancer* dans sa masse, ses prolongements et sa colonisation ganglionnaire. Les ganglions lymphatiques sont devenus

le pivot de toute opération complète, le but principal de la chirurgie du cancer de la langue. Leur ablation est la sauvegarde de la guérison définitive du malade et ce sont les procédés qui la permettent qui donnent les meilleurs résultats. Enlever la masse cancéreuse en laissant le cancer dans les ganglions, c'est le leurre d'une chirurgie qui n'est pas anatomo-pathologique. Par conséquent, nous ne décrirons pas en détail tous les procédés opératoires qui ont été employés. Ils sont pour nous du domaine de l'histoire, n'ayant d'intérêt que parce que, dans leurs perfectionnements successifs, ils sont des étapes vers les procédés actuels, qui ne constituent, en somme, qu'une synthèse heureuse.

Le cancer de la langue a été attaqué par les *voies naturelles*, par la *voie jugale*, par la voie *trans-maxillaire* par la voie *sus-hyoïdienne*. Les trois premières voies employées d'une manière exclusive et ne permettant pas d'atteindre les régions ganglionnaires sont pour nous condamnées sans retour.

§ I. — Citons que par les *voies naturelles*, on a fait ainsi une excision simple, d'un coup de ciseau.

Louis attirait la langue avec une érigne et faisait une section transversale en arrière des tissus malades.

Boyer comprenait les parties malades entre deux incisions en V et réunissait les lèvres de la plaie par une suture enchevillée. Retenons que M. Berger, en 1891, fera ressortir à la Société de chirurgie, les avantages de la suture immédiate dans les sections de la langue.

Dans le procédé de *Péan-Richelot*, l'hémostase s'obtient à l'aide de pinces à longs mors qui circonscrivent

les parties à enlever. Péan opérait ses malades dans la position assise.

Dans le procédé de *Rubio*, une incision antéro-postérieure suivant la ligne médiane de la langue et une section transversale à la base, avec ligature de la linguale dans la plaie, permettent d'enlever toute une moitié de la langue. Ce mode de large ablation est fort recommandable.

Dans le procédé de *Whitehead*, la division aux ciseaux du plancher de la bouche et des piliers antérieurs permet d'attirer fortement au dehors la langue que l'on coupe par une section transversale.

L'ablation de la langue par *la ligature lente et progressive* de Mayor, de Récamier, de Blandin, de Maingault, de Cloquet, de Vidal, de Mirault, d'Arnott, de Desprès, etc. ; non plus *que celle extemporanée* de Chassaignac avec son écraseur linéaire, ne sont pas des procédés de notre époque.

Il en est de même de *l'emploi des caustiques :* flèches de Canquoin (Maisonneuve, Girouard, etc.) ; galvanocautère (Middeldorpf, de Bœckel, Battini) ; thermocautère (Langenbeck, M. Perrin...).

Ces méthodes présentent le grave inconvénient d'être longues, douloureuses, de laisser dans la bouche du sujet des tissus gangrenés qui s'infectent secondairement et qui sont aussi dangereux que rebutants.

§ II. — *L'incision de la joue* donne un jour énorme. Elle a été pratiquée par *Joeger* à l'aide d'une incision transversale partant de la commissure labiale.

Polaillon sur cette incision transversale faisait tomber une incision verticale qu'il dirigeait vers la région carotidienne de manière à pouvoir enlever les ganglions de cette région. C'était un grand progrès. Malheureusement les ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires ne pouvaient être atteints.

Collis, pour ménager la commissure, faisait en dehors d'elle une incision qui, d'abord verticale, s'élevait ensuite obliquement vers le lobule de l'oreille.

Maunoury, plus louable, rendait horizontale cette deuxième partie de l'incision et lui faisait suivre le bord inférieur du maxillaire ; nous voyons que cette manière de procéder, meilleure que les autres, prête comme celle de Polaillon, à la même critique.

§ III. — Les méthodes qui empruntent *la voie transmaxillaire* pour aborder la langue, de propos délibéré et sans que l'os soit atteint par le cancer, sont plus défectueuses et plus graves que les précédentes.

Roux, le premier, en 1836 fit une section verticale au niveau de la symphyse du maxillaire.

Sédillot, pour avoir dans la suite une consolidation osseuse plus parfaite, faisait la section du maxillaire en coin et continuait jusqu'à l'os hyoïde l'incision des parties molles.

Richet faisait la section de l'os en biseau en dehors de la ligne médiane ; l'incision des parties molles se prolongeait le long du bord inférieur du maxillaire.

Langenbeck faisait de même ; mais son incision

des parties molles atteignait comme pour Sédillot l'os hyoïde.

Syme faisait une double section de Roux de chaque côté de la symphyse de façon à garder les attaches antérieures des muscles géniens.

Beckel, Billroth, Trélat, etc., sectionnaient aussi le maxillaire.

M. Reclus juge ainsi ces procédés : « Le chirurgien crée de propos délibéré une fracture compliquée du maxillaire inférieur et dans les conditions les plus mauvaises. Le foyer plonge dans une cavité à désinfection difficile ; les aliments mêlés à la salive se décomposent dans ce cloaque humide et chaud. L'absorption des matières putrides peut se faire par les canaux ouverts de la substance osseuse. Et ce n'est pas une vue de l'esprit, beaucoup d'opérés sont morts emportés par des accidents infectieux. »

En effet, les statistiques prouvent que l'ablation de la langue par la méthode trans-maxillaire a donné les résultats les plus désastreux.

§ IV. — Il nous reste maintenant à examiner les procédés qui attaquent la langue par la *voie sus-hyoïdienne* ou *voie basse.*

Le premier en date est celui de *Regnoli* publié dans la *Gazette médicale de Paris* en 1838. Il consiste dans les divers temps suivants :

1° Incision verticale allant de la symphyse du maxillaire à l'os hyoïde ; et deuxième incision perpendiculaire

à la première allant d'un masséter à l'autre en suivant le bord inférieur du maxillaire.

2° Détacher, au bistouri boutonné, les digastriques, les mylo-hyoïdiens ; couper la muqueuse jusqu'aux piliers du voile du palais.

3° Par la brèche ainsi formée attirer la langue avec une pince et la sectionner par un moyen d'exérèse quelconque.

Les procédés de Michel de Nancy (1856), de Czerny (1870), de Billroth (1873), de Verneuil (1880), peuvent être rapprochés du procédé de Regnoli.

Michel de Nancy faisait partir son incision de la symphyse et la conduisait jusqu'à la carotide d'un seul côté.

Verneuil fait de même dans le procédé qu'il a exposé en 1880 à la Société de chirurgie.

Czerny après avoir lié la linguale d'un seul côté prolongeait son incision jusqu'à la petite corne de l'os hyoïde du côté opposé. Sur cette première incision, incision verticale comme Regnoli de la symphyse à l'os hyoïde. Pour pénétrer dans la bouche il décollait le périoste du maxillaire au lieu de s'attaquer directement aux insertions musculaires.

Billroth fait une incision en fer à cheval suivant le bord inférieur du maxillaire et prolonge les deux extrémités de cette incision légèrement en dehors et en bas de manière à pouvoir lier les deux linguales. Par ailleurs il pénètre dans la bouche en décollant le périoste comme Czerny.

Ces procédés constituent un grand progrès. Ils ren-

dent inutiles les fractures du maxillaire ; ils sont plus complets que les procédés par voie jugale ou par les voies naturelles puisqu'ils permettent l'ablation des ganglions sous-mentaux, sous-maxillaires, et de la glande sous-maxillaire elle-même. Ils facilitent l'hémostase par la ligature préalable des linguales et la section de la langue en mettant l'organe, attiré dans la plaie, directement sous les yeux de l'opérateur.

A côté de ces avantages ils présentent un inconvénient capital : *ils ne permettent pas d'explorer la région ganglionnaire jugulaire.* Par suite, ils n'en sont pas moins eux aussi, malgré tout leur mérite, des procédés opératoires incomplets et condamnables.

§ V. — Le *procédé de Kocher* (1880), échappant à cette critique, est bien supérieur à tous les précédents. Il est moins un procédé nouveau d'attaque et d'exérèse qu'une véritable méthode curatrice du cancer de la langue. Les divers temps de l'opération de Kocher se succèdent dans l'ordre suivant :

1° Trachéotomie préliminaire.

2° Première incision, suivant le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien, du lobule de l'oreille au bord supérieur du cartilage thyroïde ; deuxième incision, partant du milieu de la première, coupant la région sus-hyoïdienne pour remonter ensuite avec le muscle digastrique jusqu'à la symphyse mentonnière.

3° Curage de la région sous-maxillaire et de la région carotidienne. Ligature de la linguale de ce côté et incision complémentaire pour la linguale du côté opposé.

4° On coupe avec le bistouri boutonné les muscles qui s'insèrent sur le maxillaire inférieur et avant d'inciser la muqueuse du plancher de la bouche on tamponne le pharynx avec de la gaze iodoformée : ce que permet de faire la trachéotomie préalable.

5° La langue est attirée par la brèche sus-hyoïdienne, sectionnée, et le moignon fixé sur les parois latérales du pharynx pour prévenir son renversement sur l'ouverture du larynx.

6° On draine le sillon linguo-maxillaire ; le malade est alimenté à l'aide d'une sonde à demeure passée par le nez ; le pansement est changé sous le spray plusieurs fois par jour.

§. — Le procédé de Kocher marque un grand progrès puisque c'est le premier qui permet d'enlever le cancer et les ganglions. Il est et restera la base des traitements chirurgicaux du cancer de la langue. On peut cependant lui adresser quelques reproches. Le plus sérieux c'est qu'il exige une trachéotomie préliminaire. A l'opération qui était déjà si grave on ajoute une opération préalable grave aussi.

De plus, le bourrage du pharynx à la gaze iodoformée, la sonde passée par le nez, la nécessité de pansements répétés plusieurs fois par jour, sous le spray, ne manquent pas d'être des mesures bien complexes.

Enfin la ligne d'incision carotidienne est un peu courte puisqu'elle n'arrive qu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. Elle ne peut donc atteindre les ganglions inférieurs de la chaîne jugulaire.

§ VI. — Le procédé de notre maître, M. Morestin, satisfaisant à cette critique est un degré de plus dans l'évolution perfectible des traitements du cancer de la langue.

Notre maître a repris le procédé de Kocher mais pour lui donner plus de simplicité, plus de méthode, plus de bénignité. On peut en voir l'exposé, tout au long, dans les rapports du Congrès français de chirurgie (Paris, 1901).

Les dispositions préliminaires, écartant toute opération, ne consistent qu'en soins de la bouche plusieurs jours à l'avance : lavages au permanganate de potasse, nettoyage des dents ; et pendant l'opération, qu'en une bonne position du sujet : demi-assis, tête bien exposée grâce à une table spéciale pouvant agir, au gré de l'opérateur, sur le tronc et sur la tête. Le chirurgien a ainsi plus de facilité et le malade une tendance moindre à l'hémorrhagie.

L'opération, visant le cas le plus fréquent où le cancer est limité à une moitié de la langue, comprend 4 temps qui s'appellent, s'enchaînent :

1° Incision des téguments ;

2° Curage de la région sus-hyoïdienne latérale et de la région carotidienne du même côté ;

3° Ouverture du plancher de la bouche et section de la langue ;

4° Réparation de la plaie opératoire.

1° Des deux incisions tégumentaires, l'une longe le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien ; l'autre, s'appuyant sur la première, coupe transversalement la

région sus-hyoïdienne à égale distance du bord de la mâchoire et de l'os hyoïde.

2° Les lambeaux étant réclinés, les aponévroses excisées, on met à nu le digastrique pour le faire servir de repère dans le curage des deux régions, sus-hyoïdienne et carotidienne.

La glande sous-maxillaire est tirée et saisie avec une pince de Museux ; la sous-mentale liée en avant d'elle, la linguale en arrière.

Le canal de Wharton étant sectionné, la glande et les ganglions sont enlevés. Le bistouri suit le tronc veineux thyro-linguo-facial qu'il supprime avec le tissu cellulaire qui l'entoure et arrive ainsi à la région carotidienne. On s'attaque avec grand soin aux ganglions depuis le ventre de l'omo-hyoïdien en bas jusqu'au-dessous du digastrique, où il y a fréquemment un ou deux ganglions. On supprime tout ce qui est malade et suspect : sterno-mastoïdien, veine jugulaire interne, si elle adhère aux ganglions, pneumogastrique ; ce qui se fait sans inconvénients, à condition que ce soit d'un seul côté. Cette partie de l'opération *est essentielle* ; elle doit être minutieuse car c'est elle qui garantit l'avenir, qui est curatrice.

3° La plaie du cou est protégée par un lit de compresses et l'on procède à l'ouverture de la bouche et à la section de la langue.

Un premier coup de ciseau débride la sangle mylo-hyoïdienne ; un second coupe la muqueuse. La langue saisie avec une pince de Museux est attirée par la brèche à l'extérieur et fendue en deux selon sa longueur

jusqu'à la racine. La section se fait à blanc même lorsqu'on a omis de pincer la linguale. Transversalement, en arrière, on sépare de ses attaches postérieures la moitié malade qui tombe aussitôt.

Le 4e temps est un temps de réparation et de ligatures.

a) On isole avec soin la région carotidienne, de la région sus-hyoïdienne ; celle-ci étant infectée par sa communication avec la bouche. Pour cela, le sterno-mastoïdien est rapproché du bord postérieur du digastrique et suturé avec lui. De plus, des crins passés dans le bord antérieur du ventre postérieur du digastrique traversent la peau et reçoivent entre eux un bourrelet de gaze sur lequel on les noue de manière à appliquer exactement par compression la peau sur le muscle et à produire ainsi entre les deux régions une nouvelle barrière isolante. Un drain sort au point le plus déclive de la région carotidienne.

b) On passe à la réparation de la langue. La partie libre est reconstituée par suture à la soie fine des deux bords de la tranche de section. La partie adhérente de la base est libérée par une incision transversale, attirée au contact du maxillaire et maintenue par quelques points également à la soie fine.

Pour plus de précaution, deux crins traversent la base de la langue, passent à travers les parties molles sous ou derrière la mâchoire pour venir se lier sur une lanière de gaze placée extérieurement.

c) A la région sus-hyoïdienne suture de l'incision aux crins de Florence en ménageant au milieu un orifice par

lequel on introduit un drain et une mèche de gaze iodoformée qui bourre mollement la plaie.

§. — Les soins consécutifs réclament de la discrétion et de la prudence :

Le premier jour, il faut se borner à faire de petites injections de sérum, à donner des lavements d'eau bouillie. Des lavages fréquents de la bouche à l'eau bouillie sont ordonnés. Le malade doit garder une diète absolue.

Le 2e jour, il en est de même. Le pansement est refait ; le drain carotidien enlevé.

Du 8e au 10e jour on enlève les fils.

De la 3e à la 6e semaine une cicatrisation parfaite est obtenue.

Le procédé que nous venons d'exposer s'applique, avons-nous dit, aux cas où le cancer reste cantonné à la moitié antérieure de la langue.

Lorsque le cancer envahit toute la langue, qu'il siège à la partie postérieure, ou sur la ligne médiane, M. Morestin spécifie fort nettement qu'il faudrait enlever toute la langue et faire le curage des régions ganglionnaires des deux côtés.

§ VII. — C'est ce dernier mode opératoire visant des cas, en somme exceptionnels, que M. Poirier a proposé, en avril 1902, d'ériger en méthode générale curatrice du cancer de la langue, avec cette variante néanmoins, qu'il fait l'ablation de la langue par les voies naturelles, à la manière de Whitehead. Il cherche, en sectionnant la langue par les voies naturelles, à isoler de la bouche la plaie du cou. C'est assurément une bonne considération mais subordonnée à ce que :

La tumeur linguale ne soit pas trop volumineuse et puisse être attirée à l'extérieur ;

Que le plancher de la bouche soit intact et par conséquent la langue mobile ;

Que l'on soit disposé à faire l'ablation complète.

Cette méthode ne permet pas d'explorer la face profonde de la sangle mylo-hyoïdienne.

Elle se prive de la voie de drainage sous-maxillaire qu'instituent MM. Kocher et Morestin qui, aiment mieux, à l'exemple de Verneuil, ouvrir la porte aux microbes du dehors que de la fermer à ceux du dedans.

Enfin malgré la protraction énorme que le procédé donne il ne met jamais aussi complètement l'organe sous les yeux du chirurgien, pour l'hémostase et les ligatures, que lorsqu'on l'attaque par la voie basse.

Pour ces diverses raisons, la voie sus-hyoïdienne d'ablation apparaît comme une méthode d'application plus facile, plus générale, plus efficace.

D'autre part, d'après ce que nous avons dit en traitant de l'anatomie pathologique et de l'esprit qui se dégage de notre étude, nous ne nous opposerions pas à ce que le second mode opératoire de notre maître M. Morestin (ablation complète de la langue et curage des deux côtés du cou) devienne, malgré ses grands délabrements, une méthode unique applicable à tous les cas, s'il était prouvé par l'histologie, ce que ne font pas prévoir les faits cliniques déjà observés, que tous les lymphatiques sont envahis en même temps par le cancer comme par le liquide de l'injection.

CHAPITRE IV

Résultats du traitement chirurgical.

Pour le traitement chirurgical du cancer de la langue si délaissé, nous sommes donc en possession d'un procédé anatomo-pathologique comme le souhaitait Louis, adéquat au mal, sans opérations préliminaires.

Appliqué délibérément, il est capable de donner confiance au chirurgien et au malade espoir de guérison. Jusqu'à présent en effet, la chirurgie du cancer de la langue, mal dirigée, donnant les plus mauvais résultats, était, en France surtout, comme désespérée. Larrey, Richard, Desprès, admettaient l'incurabilité du cancer de la langue.

Ecoutons la page éloquente de Mollière dans ses Cliniques de l'année 1888 : « Dans le but de faire autant que possible des ablations complètes on a proposé toute une série d'opérations préliminaires. En premier lieu, la perforation du cou pour passer la chaîne de l'écraseur ; puis la ligature des linguales pour avoir la plaie exsangue. Sédillot pratiquait l'ostéotomie du maxillaire infé-

rieur pour se donner du jour ; d'autres ont fait la résection du maxillaire inférieur. On a même pratiqué la trachéotomie pour éviter l'hémorrhagie dans la trachée et faire par la canule l'éthérisation.

« A quoi bon, Messieurs, je vous le demande, tous ces délabrements chirurgicaux ? Qu'avez-vous à espérer de semblables moyens puisqu'en somme vous ne guérissez pas votre malade? Vous prolongez sa vie et souvent pour un court laps de temps. Vous avez affaire à une constitution que le cancer a le plus souvent déjà minée et vous pratiquez des opérations longues, douloureuses et dont le malade n'aura pas le temps de constater les bénéfices. Il n'en sentira que les inconvénients pendant les quelques semaines qui lui restent à vivre. Mieux vaut une existence tranquille et courte qu'un séjour indéfini dans un lit de douleur pour attendre la cicatrisation d'une plaie qui ne sera parfaite que quelques jours avant la récidive. »

Dans la Clinique et Critique chirurgicale de Reclus nous lisons : « Presque toujours la récidive survient avant la réparation de la plaie. Aussi serions-nous tenté de dire, quand les lésions sont telles que l'opération de Sédillot est seule indiquée, peut-être serait-il plus sage, s'il n'existe quelque grave complication (hémorrhagie, douleurs intolérables), peut-être serait-il plus sage d'abandonner le malade à son sort déplorable. Il est triste, décidément, d'opérer des cancéreux ! et les illusions des jeunes chirurgiens sont de courte durée. »

Par contre Gosselin disait : « L'expérience prouve qu'une certaine proportion de guérisons du cancer de

la langue s'obtient par l'intervention chirurgicale. » Verneuil avec beaucoup d'autorité proclamait : « J'affirme que nous guérissons le cancer de la langue. »

Pour décider dans ce nouveau débat il ne nous faut pas faire appel, comme on l'a fait récemment, à la foi, au tempérament chirurgical, à l'autorité de l'âge, à la psychologie du chirurgien. Ce serait vouloir statuer dans le cas si grave du cancer de la langue suivant la méthode scholastique. Il vaut assurément mieux consulter les faits; eux seuls, peuvent apporter un peu de conviction. Nous ajouterons que les chiffres que nous donnons ont été obtenus par des procédés plus graves et moins parfaits que celui que nous préconisons et que par conséquent, il y a tout lieu d'espérer que les résultats du cancer de la langue deviendront, chaque jour, meilleurs.

C'est d'Allemagne, où l'on s'attaque résolument au cancer de la langue, et où l'on publie des statistiques, que viennent surtout les chiffres. Nous nous laisserons guider par la thèse de Waldemar Eicke publiée à Breslau en 1901. Il ne faut plus en France, à mesure que l'on progresse, s'en tenir à ce que Verneuil, pourtant bien hardi promoteur, disait, en décembre 1887 : « J'ai besoin de courage pour faire connaître les résultats tellement ils sont désastreux. »

Pour rendre plus frappants les résultats, nous publierons les chiffres extrêmes, c'est-à-dire ceux qui donnent la mortalité opératoire et ceux qui donnent la guérison définitive. Les chiffres intermédiaires, dont nous ne parlerons pas, donneraient évidemment la mort

par récidive, mort qui survient en moyenne dix à douze mois après l'acte opératoire.

Les chiffres de la mortalité opératoire accusés par les différents auteurs sont les suivants :

Volkmann, cas favorables.........	5,7 0/0
— cas défavorables.......	2,2 —
Kocher........................	7,1 —
Budinger......................	10,0 —
Sachs.........................	10,5 —
Steiner.......................	14,3 —
Trendelenburg.................	17,4 —
Wölfler.......................	17,6 —
Binder........................	20,0 —
Braun.........................	22,8 —
Landau........................	25,8 —
Winiwarter....................	28,1 —

Dans le tableau suivant se voit la proportion des malades considérés comme guéris lorsque la guérison s'est maintenue sans récidive deux ans et demi après l'opération.

Steiner.......................	6,2 0/0
V. Volkmann...................	8,1 —
V. Bergmann...................	10,7 —
König.........................	12,0 —
Billroth......................	14,0 —
Büdinger......................	15,6 —
Sachs.........................	15,7 —
Binder........................	18,1 —
Kocher........................	21'5 —
V. Eicke signale..............	26,3 —

En France, nous trouvons publiés des résultats épars qui, bien que n'étant pas présentés avec cette précision mathématique, n'en sont pas moins remarquables.

A Richard (1857), qui soutenait l'incurabilité du cancer de la langue, Huguier, Chassaignac, Cloquet opposent des faits de guérison datant de 2, 3, et 7 ans.

Gosselin disait : « Sur 70 malades opérés par diverses méthodes et dont la maladie n'était pas de nature douteuse comme l'a prouvé l'examen microscopique pratiqué dans tous les cas, je trouve dans ma statistique que 7 d'entre eux étaient parfaitement bien plus de 17 mois après l'opération et la plupart d'entre ces 7 opérés restaient guéris plusieurs années après l'ablation de leur tumeur. Un malade succomba 4 ans seulement après l'opération par suite d'une maladie de tout autre nature. Dans un autre cas la langue devint le siège d'une récidive 6 ans après l'ablation du carcinome primitif. J'ai appris dernièrement que 2 autres malades compris dans mes 70 cas étaient encore vivants et bien portants, quoique chacun d'eux eût été opéré depuis plusieurs années déjà. »

Th. Anger signale que les malades opérés ont une survie moyenne de 10 à 12 mois, et il fait remarquer que toujours leurs troubles s'améliorent, leurs souffrances diminuent et qu'en définitive leur mort est plus douce que si l'on avait laissé le mal à son évolution naturelle. Schlœffer, M. Morestin ont fait une observation pareille.

En 1886 Polaillon citait le cas d'un malade atteint de cancroïde de la langue auquel il avait dû faire l'ablation

de la langue entière et qui était resté guéri pendant 2 années. Une récidive au maxillaire et aux ganglions carotidiens l'avait emporté.

M. Jalaguier a communiqué en 1892 l'observation d'un malade atteint de cancer de la langue et des parties voisines, chez lequel, en août 1888, il fit l'ablation de la langue, du plancher de la bouche, des ganglions sous-maxillaires, du maxillaire inférieur et qui est resté guéri depuis cette époque.

M. Quénu, dans la même séance de la Société de chirurgie, présente un malade auquel il a pratiqué, il y a 4 ans, l'ablation de la langue et du plancher de la bouche pour un cancer qui avait envahi les ganglions sous-maxillaires. Le malade est resté guéri.

A la Société de chirurgie, en avril 1902, on a de même signalé des cas de guérison de vieille date.

M. Routier a opéré, il y a 9 ans, un cancer de la langue. Deux ans après, il lui enleva un ganglion. Il continue depuis à se bien porter. Il opéra à la même époque, de la même manière et avec plus de soins si possible, un autre malade qui ne paraissait pas plus atteint que le premier. Il mourut d'une récidive après être resté guéri 15 mois.

M. Terrier a opéré il y a 14 ans une femme. Il enleva les ganglions qui paraissaient malades. Cette femme a fini par faire dernièrement une récidive au niveau du plancher buccal.

M. Reclus a opéré 7 fois un épithélioma leucoplasique local après M. Segond qui l'avait opéré une première fois ; après lui un collègue l'a opéré une neuvième fois.

Le tout dans l'espace de 11 ans. Quant aux gros épithéliomas : il a opéré une malade en 1879 et il a enlevé un ganglion épithéliomateux. Un an après, il a enlevé un ganglion du côté opposé. Cette malade reste guérie depuis 23 ans.

En 1887, à Versailles, il a opéré un cancer de la langue et a enlevé un ganglion.

Un an après, il a enlevé un autre ganglion du côté opposé. Il y a 15 ans maintenant que la malade est guérie ! Un autre opéré est mort au bout de 12 ans.

M. Delbet rapporte le cas d'une dame de 50 ans opérée par un de ses maîtres par section au thermocautère. Au bout de 10 ans, récidive sous forme de tumeur située à la partie inférieure de la cicatrice, sur le plancher de la bouche. Alors 2 interventions coup sur coup et très larges. La femme succomba avec une tumeur ulcérée et fétide qui s'étendait de la mâchoire à la clavicule.

M. Morestin dont nous nous réservons de donner plus loin les observatious qu'il a si généreusement mises à notre disposition, présentait au Congrès de chirurgie de 1901, le résultat global de sa pratique. Il avait opéré à cette date, 19 cancers de la langue dont il s'était attaché à suivre les résultats éloignés, ne se contentant pas de désigner ceux qui sortaient de l'hôpital, trois semaines après l'opération : sortis guéris. Cette manière de procéder est seule applicable à la chirurgie du cancer et seule peut en justifier la pratique.

Sur les 19 malades ainsi traités aucun n'est mort de l'opération ; 3 sont trop récents pour qu'on puisse les faire entrer en discussion.

Quatre ont été perdus de vue. Mettons, dit M. Moresin, qu'ils soient morts.

Trois ont récidivé immédiatement et la mort est survenue entre deux et quatre mois après l'intervention.

Six ont succombé de six mois à un an.

Un opéré du 11 mai 1900 offre actuellement une récidive carotidienne, la langue demeurant intacte.

Un autre guéri depuis un an a récidivé dernièrement.

Enfin il en reste deux qui sont sans récidive, l'un depuis 27 mois, l'autre depuis 30 mois, le premier ayant été opéré le 21 juillet 1899, l'autre le 5 avril 1899.

—

§ I. — Nous pouvons en terminant répondre à la question du début et *donner une solution à nos recherches* car nous possédons les éléments nécessaires pour éclairer et diriger la pratique actuelle du traitement curateur du cancer de la langue.

Il n'y a rien à attendre de l'évolution naturelle du mal. Il tue d'une manière fatale tout aussi sûrement que les autres cancers et d'une manière plus rapide encore.

Le traitement médical a donné quelques rares résultats et cela par des moyens divers.

Le traitement chirurgical, seul, a montré que le cancer de la langue n'est pas incurable. Il ouvre aux malheureux malades une porte d'espoir. Mais à la condition d'opérer le plus tôt possible, d'opérer largement et anatomiquement. C'est l'enseignement irréfragable de l'expérience clinique ne permettant pas au praticien d'être temporisateur.

§ II. — Lorsque le cancer, en effet, est très étendu, qu'il a envahi les parties voisines, que l'état général du malade est miné, la chirurgie perd beaucoup de ses chances de succès ; elle devient inefficace et dangereuse. Le rôle curateur que le praticien pouvait prendre se transforme en rôle simplement palliatif, rôle d'impuissance.

On combat de son mieux la fétidité de l'haleine par des lavages antiseptiques fréquents, et la douleur par la morphine. Quelques auteurs ont fait, après Hilton, la section du nerf lingual. La nutrition est soutenue ; les hémorrhagies traitées par des applications locales et s'il le faut par la ligature des linguales. Mais on ne compte pas sur cette opération pour atrophier le cancer et arrêter sa marche envahissante. Devant la menace d'asphyxie on fait la trachéotomie.

A ce moment, toutes les tentatives de traitement médical guidées dans leurs tâtonnements par les hypothèses pathogéniques sont permises contre : « Cette maladie horrible, dont l'odeur infecte et insupportable en éloignant les parents et les amis les plus affectionnés prive ceux qui en sont attaqués des consolations qui sont le plus grand adoucissement qu'on puisse trouver dans les maux incurables » (Louis, 1774).

CHAPITRE V

Observations.

Les observations qui suivent appartiennent à la pratique de M. Morestin ; elles sont parmi celles que notre maître n'a pas encore publiées. Nous le remercions vivement encore une fois de la générosité qu'il a mise à nous les communiquer.

Observation I

Lucien M..., âgé de 77 ans, entre, le 14 juillet 1899. à l'Isolement. (Hôpital Saint-Louis.)

Cancer ulcéré occupant la moitié droite et la face inférieure de la partie libre de la langue et la partie correspondante du plancher de la bouche. Douleurs extrêmement violentes ; otalgie principalement. Pas de ganglions appréciables.

Opération suivant la méthode habituelle, le 21 juillet.

Suites opératoires excellentes.

Revu plusieurs fois ; la dernière, fin septembre 1901, en très bon état et sans traces de récidive, deux ans après l'opération.

Observation II

Abraham M..., 61 ans, courtier, entre à l'Isolement, le 16 avril 1899.

Gros, emphysémateux, éthylique, grand fumeur mais pas de leucoplasie buccale.

Depuis deux mois, ulcération du bord droit de la langue reposant sur une base indurée. Douleurs violentes de la face et de l'oreille droite. Une dent incriminée de ces méfaits est arrachée sans résultats.

Opération, le 17 avril, suivant la technique habituelle.

Le 22 avril, l'état du malade est bon.

La mort est survenue le 1er janvier 1901, 20 mois après l'acte opératoire par récidive dans les ganglions du cou.

Observation III

Edmond H..., employé de commerce, 45 ans, entre, le 24 juillet 1899, à l'Isolement.

Pas de leucoplasie. Cancer étendu occupant toute la base de la langue, les piliers antérieurs droits et la partie adjacente du voile. Petits ganglions sous-maxillaires.

Opération, le 27 juillet.

Le 5 août, le malade semblait hors de danger.

Quelques jours après il mourut d'hémorrhagie.

Observation IV

J. M..., 62 ans, entre, le 21 mars 1899, au n° 13 de l'Isolement.

Malade depuis un an, pâle, amaigri, l'état général est mau-

vais. La parole et la déglutition sont difficiles ; la mastication à peu près impossible. La bouche exhale une odeur effroyable. Vaste cancer du plancher de la bouche ayant envahi le maxillaire surtout en avant et à gauche. Les dents antérieures branlent dans leurs alvéoles et sont teintées en noir par le sublimé qui a été longtemps employé en gargarismes. En arrière, la base de la langue est largement envahie, à gauche surtout. Les ganglions sous-maxillaires des deux côtés sont adhérents et volumineux.

Opération, le 24 mars. Incision en fer à cheval parallèle au bord inférieur du maxillaire. Curage des régions sus-hyoïdienne. Section du maxillaire très en arrière ; de la langue au ras de l'épiglotte. Suture au catgut de la tranche linguale. Un tamponnement est laissé dans la bouche à la place de la langue. Les téguments suturés sauf aux extrémités par où passent les fils et les mèches.

Suites opératoires excellentes : pas de fièvre, pouls normal.

Le 30 mars, le malade qui allait bien meurt à la suite d'un gavage fait dans la trachée.

Observation V

Anat. Lech..., 47 ans, employé, entre au n° 4 de l'Isolement, le 18 septembre 1899.

Ni fumeur, ni syphilitique. Depuis trois mois, sur la partie moyenne du bord gauche de la langue, ulcération creusée en cratère, à fond sanieux et sphacélé, reposant sur une tumeur dure. Petit ganglion sous-maxillaire gauche dur, indolent, mobile. Troubles fonctionnels peu marqués, état général conservé.

Opération suivant la technique habituelle le 20 septembre.

Suites opératoires bonnes ; le 30 septembre, le malade quitte l'hôpital ; le 15 octobre, la plaie est cicatrisée.

Pendant quelques semaines guérison parfaite.

Le 17 novembre, petite tumeur apparaît sur le sterno-mastoïdien gauche.

Le 20 novembre, opération qui nécessite la suppression totale du sterno-mastoïdien, la résection du bord antérieur du trapèze, du ventre postérieur du digastrique ; l'ablation de la veine jugulaire interne et du nerf spinal.

Le malade sort de l'hôpital le 17 janvier 1900.

Revu le 13 février. Le moignon de la langue était sain. Mais une nouvelle récidive s'était produite dans la profondeur du cou. La tumeur finit par s'ulcérer amenant la mort par hémorrhagie dans le courant de mars 1900.

Observation VI

Joseph K..., 33 ans, entre le 21 novembre 1900, au n° 21 de l'Isolement.

A 9 ans, paralysie infantile avec atrophie consécutive des membres supérieurs et inférieurs droits. En 1887, amputation de la cuisse droite pour troubles trophiques du pied et de la jambe.

Depuis sept mois, ulcération grande comme une pièce de un franc du bord gauche de la langue empiétant sur le plancher de la bouche. Cette ulcération, très superficielle et très douloureuse, repose sur une base dure. On trouve un ganglion sous-maxillaire.

Opération le 23 novembre qui enlève la moitié gauche de la langue, l'amygdale et le pilier du voile correspondants.

La douleur disparaît ; mais il existe une sialorrhée abondante.

Le 17 décembre, une hémorrhagie importante se produit.

Le 21 décembre, un érysipèle apparait qui nécessite le transport immédiat du malade à Aubervillers.

Trois semaines après, guérison de la plaie opératoire et de la complication.

Revu en février 1901 en bon état.

Au mois d'avril, une récidive à la mâchoire avec propagation à l'isthme du gosier commande l'ablation du moignon de langue, d'une partie du plancher de la bouche et la résection de la moitié du maxillaire inférieur.

Le malade guérit de cette seconde opération.

Mais une nouvelle récidive le fit succomber au mois de janvier 1902 ; 14 mois après la première intervention.

Observation VII

Louis B..., 54 ans, employé de commerce, entre à l'Isolement, n° 18, le 15 août 1900.

Syphilis ancienne ; grand fumeur. L'affection a débuté il y a six mois et elle a été traitée comme syphilitique, à cause de son aspect et des antécédents du malade. Langue énorme prise dans toute sa largeur et depuis la pointe jusqu'au V lingual. Sur cette grosse masse 7 ou 8 ulcérations creusées en cupule, grandes comme l'ongle du petit doigt et chacune prise isolément, ayant l'apparence d'une ulcération épithéliomateuse. Mais l'ensemble gênait le diagnostic. Langue mobile. Etat général mauvais. Ganglion carotidien à gauche.

Opération le 18 août. On fait le curage ganglionnaire habituel ; l'ablation de la langue est pratiquée par les voies naturelles.

Suites opératoires sans accident.

Le 24 août, le malade quitte l'hôpital en voie de guérison opératoire.

Observation VIII

E. P..., 55 ans, tourneur, entre au n° 20 de l'Isolement, le 7 mai 1900.

C'est un fumeur modéré dont l'affection a débuté il y a 7 mois.

Il existe à gauche, sur le bord de la langue, en regard de la

dernière molaire une ulcération profondément déprimée reposant sur une base dure. On perçoit un ganglion dans la région carotidienne gauche. La langue est mobile, le plancher souple, mais les douleurs sont violentes spécialement dans l'oreille gauche.

Opération, le 11 mai 1900.

Le 25 mai, l'état du malade est excellent.

Le 26 juin 1901, le malade revient à l'Isolement pour une tumeur du volume du poing située sur le côté gauche du cou. La tumeur adhère au sterno-mastoïdien, mais semble mobile dans la profondeur. Les douleurs sont violentes ; l'amaigrissement prononcé.

Nouvelle opération, le 28 juin 1901. La masse ganglionnaire est enlevée ; la veine jugulaire interne et le sterno-mastoïdien adhérents à la tumeur sont réséqués.

7 juillet. L'état du malade est excellent ; les douleurs ont disparu.

Observation IX

Mme X..., âgée de 55 ans, concierge, entre au n° 15 de l'Isolement, le 24 janvier 1900.

Début de l'affection, il y a 18 mois, par un bouton siégeant sur le bord droit de la langue. Deux dents incriminées sont arrachées. On administre de l'iodure de potassium.

Actuellement, la lésion est très étendue. La bouche ne peut s'entr'ouvrir qu'à moitié ; la langue a perdu toute mobilité et ne peut être tirée. L'haleine est fétide ; la nutrition très difficile ; l'amaigrissement notable ; le teint jaunâtre. On aperçoit sur le bord droit de la langue un mamelon irrégulier derrière lequel se dérobe une ulcération cratériforme reposant sur une tuméfaction dure qui infiltre la base de la langue. Tuméfaction ganglionnaire de la région sous-maxillaire droite. Gencive du côté droit envahie.

Opération, le 29 janvier. Une portion du maxillaire est réséquée.

Le 1er février, la malade meurt d'une broncho-pneumonie septique diffuse.

Observation X

J. G..., 56 ans, commis, entre au n° 21 de l'Isolement, le 27 août 1901.

Grand fumeur, mais pas de leucoplasie.

Début de l'affection en février 1901. Une tumeur occupe le côté gauche de la partie antérieure de la langue et la partie correspondante du plancher. Ces organes sont soudés l'un à l'autre. Les troubles fonctionnels sont très marqués.

Opération, le 2 septembre. Un groupe de ganglions carotidiens est enlevé.

Le 4 septembre, fait curieux, une paralysie post-anesthésique du membre supérieur droit se produit.

Le 20 décembre, le malade est guéri de sa plaie opératoire. Il ne souffre plus et parle facilement.

Observation XI

B..., 49 ans, imprimeur, entre, le 16 juin 1901, au n° 1 de l'Isolement.

Epithélioma ulcéré et végétant de la partie moyenne du bord droit de la langue.

La langue est mobile et sans trace de leucoplasie. La salivation est exagérée ; l'haleine est fétide ; les douleurs violentes et spécialement dans l'oreille droite.

Volumineux paquet de ganglions carotidiens indolents, durs, mobiles. Etat général assez bon.

Opération, le 21 juin, suivant la technique habituelle. La

masse ganglionnaire adhérait d'une part à la veine jugulaire interne et de l'autre au sterno-mastoïdien. On réséqua ces deux organes.

7 juillet. La plaie carotidienne s'est infectée et suppure.

Le néoplasme ne tarde pas à repulluler dans la plaie. Mais le malade est dans une satisfaction complète ; il ne souffre plus.

Le 19 décembre, hémorrhagie qui dure toute la nuit.

Le 20 décembre, mort à l'arrivée du malade à l'hôpital.

Observation XII

Adolphe L..., 45 ans, journalier, entre, le 27 mars 1901, à l'Isolement, n° 28.

Début de la tumeur, il y a un an.

Actuellement, elle provoque des douleurs violentes qui gênent considérablement les fonctions de la langue. Le malade a la plus grande peine à entr'ouvrir la bouche. Il souffre d'une otalgie droite intense.

La palpation extérieure fait sentir dans la région sous-maxillaire une induration profonde et mal limitée. Il existe un petit ganglion sous-maxillo-carotidien. Le toucher buccal fait reconnaître une ulcération à bords indurés reposant sur une tumeur qui occupe le versant pharyngien de la langue, l'amygdale droite et qui en arrière n'a pas de limites précises. L'examen au miroir laryngien est impraticable.

L'opération est fixée au 8 avril.

Le premier temps consiste en une incision exploratrice faite sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien dans sa moitié supérieure.

Cette incision permet de reconnaître que le néoplasme s'est propagé à la paroi latérale du pharynx et qu'il descend très bas jusqu'au-dessous de la grande corne de l'os hyoïde. Le mal paraît trop étendu et l'intervention est arrêtée.

Observation XIII

Xavier J..., 56 ans, voiturier, entre, le 15 octobre 1901, à l'Isolement.

Le 1er novembre, il sort sans être opéré, mais le 15 décembre il revient forcé par une insupportable otalgie. La parole et la déglutition sont très difficiles ; la salive s'écoule de la bouche incessamment.

Le cancer occupe la langue et le plancher de la bouche, le plancher surtout.

Adénopathie sous-maxillaire bi-latérale.

Opération, le 23 décembre, suivant la technique habituelle.

Le 26, état satisfaisant.

Sortie de l'hôpital, trois semaines après.

Mort, en juin 1902, par récidive ganglionnaire.

Observation XIV

Alph. B..., 46 ans, cuisinière, entre au nº 10 de l'Isolement, le 21 février 1902.

On note des antécédents qui semblent se rapporter à la syphilis héréditaire : division du voile du palais selon le mode en rideau survenue à 9 ans ; ulcérations du cou, du front, de la région sternale dont il persiste des cicatrices lisses, déprimées, à contours polycycliques.

Le début de l'épithélioma lingual date du commencement de novembre 1901. Actuellement, ulcération étendue de la moitié gauche de la langue s'étendant jusqu'au plancher buccal, reposant sur une base très dure. Ganglion volumineux dans la région sous-maxillaire gauche. Les troubles fonctionnels sont très marqués ; l'otalgie violente. L'état général est mauvais.

Opération selon la technique habituelle le 26 février 1902.

Cicatrisation de la plaie opératoire à la fin mars.

Mais la récidive se produit à la fin mai. La cachexie un instant arrêtée reprend son cours. A remarquer cependant que les douleurs sont moins vives.

CHAPITRE VI

Conclusions

1° Le praticien ne peut pas compter, à l'heure actuelle, sur un traitement médical du cancer de la langue.

2° Aussi, tant que le néoplasme n'a pas acquis une trop grande extension, que l'état général du sujet n'est pas compromis, il doit faire le plus tôt possible un traitement chirurgical qui enlève le cancer tout entier, dans sa masse, ses prolongements faisant corps avec la masse, sa colonisation ganglionnaire.

3° Le procédé chirurgical actuel, adéquat au mal, sans opérations préliminaires aggravant l'intervention, est le procédé de Kocher-Morestin.

4° Grâce à ce procédé, il fera une opération vraiment anatomo-pathologique, soulagera son malade, prolongera ses jours et souvent le guérira.

Vu : le Président de la Thèse :
GUYON.

Vu : le Doyen :
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Louis. — Mém. à l'Acad. roy. de ch., 1774.
Chassaignac. — Traité de l'écrasement linéaire.
Cloquet. — Arch. gén. de méd., 1827.
Roux. — Thèse de Maisonneuve, 1836.
Jœger. — Journ. de Heckers, 1834.
Regnoli. — Bull. des sc. méd. de Bologne, 1838.
Sédillot. — Gaz. des hôp., 1844.
Huguier. — Soc. de chir., 1856.
Girouard. — Arch. gén. de méd., 1857.
Michel. — Mém. à l'Acad. de méd. Paris, 1857.
Maisonneuve. — Gaz. des hôp., 1852. Acad. des sc. 1863.
Bœckel. — Gaz. hebd., 1863.
Th. Anger. — Du cancer de la langue, th. d'agrégation, 1872.
Billroth. — Arch. von Langenbeck, 1873.
Trendelenburg. — Arch. f. klin. chir., 1873.
Roze. — Ueber extirp. der Zunge (Zurich), 1878.
Barker. — The excis. of the tongue with preliminary tracheotomie. The Lancet, 1879.
Soc. de chirurgie (Verneuil, Trelat, Terrillon), 1880.
Wolfler. — Arch. für klin. chir., 1881.
Whitehead. — Congr. intern. de Londres, 1881.
Guillier. — Th., Paris. Epith. de la langue, 1881.

KOCHER. — Deutsche Zeits. für chir., 1882.
LUCAS. — The Lancet, 1882.
MICHAEL. — Arch. klin. chir., 1882.
PONCET. — Semaine méd., 1882.
BELLAMY. — Traitement du cancer de la langue, th. de Paris, 1883.
LOISON. — Th. de Nancy, 1884.
TARNER. — British medical journal, 1884.
MONOD. — Soc. de chir., 1886-91.
CASTEX. — Tumeurs malignes de l'arr. bouche. Rev. chirurg., 1886.
TRELAT. — Gaz. des hôp., 1887-88. (Cliniq. chirurg. 1891).
DESPRÈS. — Gaz. des hôp., 1885-87.
MOLLIÈRE. — Clin. chir. (Lyon), 1888.
HEATH. — In Butlin. London, 1888.
J. MEYER. — Inaug. dissert. (Kiel), 1888.
HULSMEYER. — In. dissert. (Wursburg), 1888.
JACOBSON. — Proc. de Whitehead (Journ. of med. sc.), 1888.
J. NŒTHEN. — In. dissert. (Bonn), 1889.
BUTLIN. — Maladies de la langue (trad. Aigre). 1889.
RUBIO (de Madrid). — Congr. de Berlin, 1890.
RUSSELL. — British med. journ., 1890.
Soc. de chirurgie (Quénu, Jalaguier), 1891.
GRELLETY. — Traitement act. du cancer de la langue (Th. Bordeaux), 1891.
CIVEL. — Th. Paris, 1891.
VIGUÈS. — Etiolog. du cancer. Th. Paris, 1892.
FABRE. — De la contagion du cancer. (Th., Lyon), 1892.
RUFFER et ILMMER. — Parasites du cancer. (Soc. biol.), 1893.
FIESSINGER. — Pathog. du cancer. (Rev. méd.), 1893.
VARIOT. — Journal de chirurg. et de cliniq. infant., 1894.
CAZIN. — Origine et transmiss. du cancer. (Th., Paris), 1894.
SPENCER. — The Lancet, 1894.
COTTEREL. — The Lancet, 1894-96.
BARD. — Congrès de chirurg. (Lyon), 1894.

Castuel. — Pathogénie du cancer. (Th., Paris), 1894.
Foa. — Semaine médicale, 1894.
Fabre-Domergue. — Annales de Micrógr., 1894.
Guelliot-Bard. — Congrès de chirurg. (Lyon), 1894.
Morau. — Médecine expériment., 1894.
Marie. — Recherches sur le cancer. (Th. Paris), 1895.
Mayet. — Congrès de Bordeaux, 1895.
— Comptes-rendus à l'Acad. des sciences.
E. Varnier. — Th. de Montpellier, 1896.
Schelbach. — Inaug. Dissert. Wursburg, 1896.
Noel. — De la topogr. et de la contag. du cancer. Th. Paris, 1896.
Letulle. — Presse médic., 1897.
Weil. — Soc. anat., 1897.
Le Dentu. — Bull. médic., 1897.
Duvoisin. — Ligatures artérielles dans le traitement du cancer de la langue. (Th. Paris), 1898.
Chevalier. — Le cancer (Th. Paris, 1899).
Morestin. — Congrès de chirurg., 1901.
Wlaeff. — Presse médicale, 1901.
Poirier. — Gazette hebd., Soc. de chirurg., 1902.
Critzman. — Le cancer (coll. Leauté).
Wald-Eicke. — Thèse de Breslau, 1901.
Calmette. — De l'étiologie coccidienne du cancer.
Borrel. — Evolut. cellulaire et parasitaire dans l'épith.
Ish-Wall. — Arthritisme et cancer.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)



BUZANÇAIS (INDRE). IMPRIMERIE F. DEVERDUN
